VUE D'ORTHOPÉDIE

EXTRAIT

Lateral Curvature
of the Spine —
Treatment

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

MÉMOIRES ORIGINAUX

ROYAL ... 17 OCT 11

I

DÉDUCTIONS PRATIQUES TIRÉES D'OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LA SCOLIOSE

Par le Dr A. B. Judson.

Chirurgien orthopédiste au *Out-Patient Department* de l'hôpital de New-York.

Travail lu à la neuvième session de l'American Orthopedic Association, Buffalo, 5 mai 1896.

Chez l'immense majorité des malades atteints de scoliose il est évident, au plus simple examen, que la courbure et la rotation diminuent lorsque l'on supprime le poids de la partie supérieure du corps s'exerçant sur la colonne vertébrale. Ce poids peut être supprimé en faisant coucher le malade, ou en suspendant le corps par les mains.

Lorsque le malade est suspendu à une barre, la déformation disparaît en grande partie ou complètement. La ligne courbe formée par les apophyses épineuses se redresse partiellement, et les gibbosités latérales causées par la rotation s'affaissent en grande partie ; lorsque le malade abandonne la barre, ces éléments de déformation reparaissent, ces modifications se produisant, en renouvelant l'expérience, d'une façon remarquable.

On les observe aussi lorsque le malade se couche et se relève alternativement. Si on le fait s'étendre sur le ventre, les apophyses épineuses se placent sur une ligne à peu près droite, et les épaules et les hanches se disposent presque symétriquement. Mais s'il revient à la position droite la déformation reparaît complètement. Il est probable

que les mêmes modifications se produisent lorsque le malade est couché sur le dos, mais, dans les déformations qui nous occupent, elles ne sont pas visibles.

Une question très intéressante se pose, à savoir si la déviation latérale et la rotation peuvent se produire chez un enfant qui a toujours été couché, dont le corps n'a jamais été placé, soit activement, soit passivement, dans la position verticale. Si nous admettons que la pression de haut en bas de la tête et des extrémités supérieures est la cause immédiate de la scoliose, alors qu'une faiblesse, d'une interprétation difficile, en est la cause indirecte, nous pouvons en déduire, avec quelques apparences de raison, que le repos absolu, dans la position couchée, peut être un traitement préventif de la scoliose. De quelque façon qu'on envisage cette question, les faits que nous venons de rappeler fourniront certainement des éléments très utiles pour le traitement de la scoliose chez un enfant qui grandit. On pourrait appliquer ici le proverbe de l'arbre qui s'incline. Il s'ensuit que la suspension et le repos dans la position allongée sont deux procédés que l'on devra recommander et que plus le temps qui leur sera accordé sera considérable plus le malade en retirera d'avantages pour sa croissance. Dans la suspension, il n'y aura comme effort musculaire que celui qui est nécessaire pour maintenir les doigts fléchis sur la barre à suspension ; on peut alors balancer doucement le corps, en avant et en arrière, en faisant environ sept mouvements pendant un quart de minute, temps généralement suffisant pour chaque effort.

Le repos allongé doit être gardé pendant plusieurs heures chaque jour, le malade étant couché sur le dos, un coussin placé sous les reins comme pour soutenir la lordose, et cette position sera conservée autant que possible pendant la nuit.

En continuant nos observations, on remarque que tôt ou tard, la fatigue ou un certain degré de faiblesse géné-

rale vient augmenter la difformité. Si le malade se présente après une longue marche ou une journée fatigante, ou s'il souffre d'une indisposition quelconque, la difformité est beaucoup plus considérable qu'elle le serait dans d'autres circonstances. De même, si le malade est pâle et fatigué, on trouvera à l'examen une incurvation et une rotation beaucoup plus considérables que d'habitude ; tandis que, au contraire, si le malade a bien dormi et a bien digéré, le bon état général se révélera non seulement sur le visage, mais aussi par une diminution de la courbure et de la rotation.

Le fait que l'intervention de la fatigue générale augmente la déformation est d'accord avec la théorie qui admet que l'une des causes de la scoliose est l'incapacité musculaire à maintenir la colonne vertébrale droite sous la charge de ses fardeaux naturels. L'enchaînement de ces causes peut être envisagé de la façon suivante : la diminution de la capacité de la cage thoracique est causée par la rotation ; la rotation est causée : 1° par le développement relativement exagéré des corps vertébraux en largeur, tandis que les apophyses sont gênées dans leur mobilité latérale ; 2° par l'incurvation latérale ; l'incurvation latérale est causée par l'impuissance musculaire à maintenir la colonne vertébrale, la faiblesse des muscles dans leur tâche fonctionnelle est due à une innervation imparfaite ; cette imperfection dans l'innervation est encore de cause inconnue.

Quelle que soit l'idée que l'on ait sur cette suite de facteurs étiologiques, dans la pratique, nous pouvons admettre ce fait d'observation, que la fatigue augmente la déformation. Pendant toute la période de croissance, on évitera tout travail musculaire exagéré. Plutôt que de dire à un enfant de se tenir droit, il faut mieux le forcer à rester couché. La position couchée devrait être prise souvent et gardée pendant de longues heures. La modération sera la règle absolue dans tous les jeux actifs et

dans tous les travaux physiques ou intellectuels qui prennent le temps de l'enfant à la maison ou à l'école.

Continuant nos observations cliniques, nous nous assurons de ce fait que la poitrine se développe pendant la suspension. Cette attitude augmente la capacité thoracique comme la traction et la contre-traction des mains élargit la cavité d'un soufflet. Les raisons anatomiques et physiologiques de cet effet ont été bien établies par notre membre honoraire, le Dr Henry Davis (*American medical Monthly*, mars 1858, p. 161-173). Lorsque l'on pratique la suspension, les muscles qui vont des côtes à l'humérus relient les extrémités sternales des côtes à la barre de suspension par l'intermédiaire du bras, de l'avant-bras et de la main, tandis que les extrémités vertébrales des côtes sont puissamment attirées en bas par les poids combinés de la partie inférieure du corps et des membres inférieurs, produisant une inspiration forcée d'une façon très positive. Cette position est une exagération de la méthode de Sylvester pour ramener à la vie les personnes en état de mort apparente, dans laquelle l'opérateur produit l'inspiration artificielle, en élevant fortement les bras au-dessus de la tête. Dans la suspension, la force mise en œuvre est le poids d'une grande partie du corps, et celle-ci est plus considérable que celle que l'on peut appliquer par les tractions manuelles sur une personne étendue. L'application répétée et prolongée de cette force peut raisonnablement avoir, au bout d'un certain temps, une action définitive sur l'ampleur du thorax et sur la capacité des poumons, et une observation prolongée nous montrera que nous avons dans ce procédé une méthode de traitement véritable de la déformation, faisant ainsi ce que nous essayons vainement d'obtenir par les pressions mécaniques.

Un corset est bien peu puissant pour réduire une scoliose avec rotation ; son application est plus préjudiciable qu'utile. Comme les côtes sont attachées aux apophyses

plutôt qu'aux corps vertébraux, le premier effet d'une pression latérale opérée par un appareil sur les côtes est d'augmenter la rotation, la courbure et la diminution de capacité du thorax. Avec la suspension, ce que nous ne pouvons pas obtenir par une pression extérieure, nous pouvons le faire en augmentant la capacité des organes qui sont contenus à l'intérieur du thorax. La suspension prend ainsi plus de valeur par cette considération que l'amélioration de la respiration donne un coup de fouet à la santé générale et indirectement donne de la force au système musculaire dont la faiblesse est une des causes de la scoliose.

Nos connaissances sur la pathologie de cette affection sont insuffisantes pour déterminer son traitement, mais l'observation clinique nous fournit un terrain favorable pour un traitement actif, avec la certitude de s'opposer à l'augmentation de la difformité et l'espoir d'améliorer la lésion dans les cas favorables.